

# Gestion de l'exposition aux pathogènes à diffusion hématogène

• Daniel Gregson, MD, FRCP(C) •

© J Can Dent Assoc 2000; 66:544-5

L'exposition percutanée au sang est fréquente dans le milieu de la santé. Heureusement, la transmission des pathogènes à diffusion hématogène (virus de l'hépatite B [VHB], virus de l'hépatite C [VHC] et le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]) se produit rarement en raison de leur faible incidence dans la population en général et de l'efficacité de l'immunisation contre l'hépatite B. Les taux de transmission sont élevés après une exposition percutanée à du sang porteur du VHB (25,0 %), moyens pour le VHC (2,5 %) et bas pour le VIH (0,25 %).

Les établissements de soins de santé, dont les cabinets et les cliniques dentaires, se doivent de veiller à ce que les expositions percutanées soient minimisées grâce à des mesures préventives et proprement gérées quand elles se produisent<sup>1-3</sup>.

La gestion de l'exposition comprend :

- le soin et le nettoyage en gros de la blessure;
- les conseils auprès du travailleur exposé concernant les pathogènes à diffusion hématogène;
- si possible, le dépistage du patient source pour le VHB, le VHC et le VIH (le consentement de la personne source est impératif);
- la documentation de l'incident avec examen de la cause pour déterminer si de telles expositions peuvent être évitées à l'avenir;
- l'évaluation et la prophylaxie post-exposition pour le travailleur de la santé, si indiqué;
- la sérologie de base et de suivi du travailleur de la santé, si indiqué.

Une personne compétente dans la gestion de l'exposition aux pathogènes à diffusion hématogène devrait effectuer l'évaluation post-exposition. La transmission de l'hépatite B présente le plus grand risque pour le travailleur de la santé non immunisé. Les personnes qui n'ont pas été immunisées devraient commencer une série de vaccins au moment de la première évaluation. La globuline immune de l'hépatite B (GHIB) devrait être administrée dans les 72 heures si le patient source teste positif pour l'antigène de surface de l'hépatite B. Les travailleurs qui ont terminé la série de vaccins et qui n'ont pas été déclarés avoir une réponse anticorps adéquate devraient être testés après exposition pour s'assurer qu'ils sont immunisés. Ceux qui ont réagi au vaccin peuvent être

considérés comme étant immunisés. Les travailleurs exposés à l'hépatite B qui ne sont pas immunisés au moment de l'exposition et qui n'ont pas auparavant réagi à l'immunisation contre l'hépatite B devraient recevoir une dose de GHIB et une autre série de vaccins.

L'exposition au sang infecté par le VIH se fait rare au cabinet, et le risque de transmission est faible. Cependant, les questions touchant la transmission de ce pathogène tendent à inquiéter le plus après exposition au sang. On considère l'exposition comme significative si elle implique du sang ou des liquides organiques stériles. Le VIH ne transgresse pas la peau intacte. C'est pourquoi le sang ou le liquide organique stérile doit pénétrer la peau ou venir en contact avec les muqueuses ou la peau éraflée. Le risque de transmission augmente avec la profondeur de l'exposition (muqueuse < pénétration superficielle < pénétration profonde), le degré de contamination de l'instrument de pénétration (aiguilles pleines < aiguilles creuses) et la concentration de virus contenu dans le sang contaminé (patients traités avec virus indécélable < patients non traités avec charges virales élevées). Une prophylaxie antivirale pendant un mois après exposition au VIH dans le milieu de travail réduit à cinq fois le risque de transmission. La toxicité du médicament limite en général l'utilisation de cette approche dans les cas où on sait que le patient source est positif ou à risque élevé d'infection. Les médicaments antiviraux devraient être administrés dans les deux heures suivant l'exposition, si possible. Le dépistage rapide (dans les 24 heures) des patients sources est faisable dans la plupart des régions à forte densité. Les travailleurs dont l'exposition au VIH a été prouvée requièrent six mois de suivi pour exclure la possibilité d'infection.

Malheureusement, aucun vaccin ni aucune antibioprophyllaxie n'empêche la transmission de l'hépatite C. Pour ceux qui ont été grandement exposés, on devrait enregistrer le taux d'enzymes hépatiques de base, et la sérologie de l'hépatite C devrait se faire à six semaines, trois mois et six mois. Les personnes dont le taux d'enzymes hépatiques devient élevé ou celles qui testent positif pour les anticorps devraient être dirigées d'urgence vers un spécialiste qui s'y connaît dans le traitement de l'hépatite C. ♦

---

Le **D<sup>r</sup> Gregson** est professeur agrégé au Département de médecine et de pédiatrie, Division des maladies infectieuses, Université Western Ontario, Soins de la santé de St. Joseph, London (Ontario).

**Écrire au :** D<sup>r</sup> Daniel Gregson, Département de pédiatrie, Centre de la santé de St. Joseph, 268, rue Grosvenor, London, ON N6A 4V2. Courriel : dan.gregson@cls.ab.ca.

Les vues exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

---

## Références

1. Santé Canada. La prévention des infections transmissibles par le sang dans les établissements de santé et les services publics. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 1997; 23S3. ([http://www.hc-sc.gc.ca/main/lcdc/web/publicat/ccdr/97vol23/bbp\\_sup/bbp\\_a\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/main/lcdc/web/publicat/ccdr/97vol23/bbp_sup/bbp_a_f.html)).
2. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47(RR-7):1-33.
3. Moran GJ. Emergency department management of blood and body fluid exposures. *Ann Emerg Med* 2000; 35:47-62.